N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Problèmes auditifs et sentiment d'isolement social chez les Canadiens âgés de 45 ans et plus

par Pamela L. Ramage-Morin

Date de diffusion : le 16 novembre 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0[s]	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
[p]	provisoire
[r]	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
[E]	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Problèmes auditifs et sentiment d'isolement social chez les Canadiens âgés de 45 ans et plus

par Pamela L. Ramage-Morin

Résumé

Contexte : L'isolement social est associé à une diminution de la qualité de vie liée à la santé et à une augmentation des taux de morbidité et de mortalité. L'isolement social peut être une préoccupation pour les Canadiens plus âgés, notamment pour ceux touchés par des problèmes de santé qui nuisent à la création et au maintien de liens sociaux.

Données et méthodes : Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC–VS) de 2008-2009, des données ont été recueillies auprès d'un échantillon fondé sur la population de Canadiens âgés de 45 ans et plus vivant dans des ménages privés. Des fréquences, des totalisations croisées et la régression logistique ont été utilisées pour examiner la prévalence des problèmes auditifs et de l'isolement social, ainsi que les associations entre eux, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, d'autres limitations fonctionnelles (p. ex. vision, mobilité et cognition), de l'incontinence et de la peur de tomber.

Résultats : L'isolement social était beaucoup plus répandu chez les 45 à 59 ans que chez les personnes de 60 ans et plus. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être isolées socialement (16 % par rapport à 12 %), mais elles étaient moins susceptibles de déclarer des problèmes auditifs (5 % par rapport à 7 %). Les problèmes auditifs étaient plus répandus aux âges plus avancés, touchant 25 % des hommes et 18 % des femmes de 75 ans et plus. Lorsque les facteurs sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, modalités de vie, conduite régulière d'un véhicule automobile, participation à la population active), l'incontinence, la peur de tomber et les limitations fonctionnelles étaient pris en compte, la cote exprimant le risque d'être isolé socialement augmentait avec la gravité de la déficience auditive chez les femmes, mais pas chez les hommes (RC : 1,04, IC de 95 % : 1,00, 1,09).

Interprétation : Les problèmes auditifs sont associés à l'âge et, par conséquent, représentent un problème de santé publique de plus en plus important au fur et à mesure que la population du Canada vieillit. Dans le cas des femmes, on a déterminé que les problèmes auditifs sont associés à l'isolement social.

Mots-clés : Vieillissement, personnes âgées, exclusion, perte auditive, solitude, aliénation sociale, liens d'appartenance sociale.

Les personnes qui ont tendance à s'épanouir au fur et à mesure qu'elles avancent en âge sont celles qui demeurent actives sur le plan social[1]. Elles ont un réseau de parents et d'amis qui leur permet de participer à la vie sociale et d'avoir un sentiment d'appartenance et d'utilité[2,3]. Parallèlement, les personnes peuvent être « isolées socialement », manquer de contacts sociaux et de soutien et ne pas éprouver de sentiment d'appartenance[4-6]. Le terme « isolement social » ne réfère pas aux personnes qui ont rompu volontairement les liens sociaux, mais plutôt aux personnes isolées socialement, qui ont un besoin non comblé d'interactions sociales sincères, que l'ont décrit souvent comme de la solitude[4,7]. Les personnes qui sont isolées socialement sont plus susceptibles de connaître une mauvaise qualité de vie et d'être touchées par la morbidité et la mortalité[2,8-14]. L'isolement social chez les personnes âgées constitue une préoccupation particulière[13,15], étant donné que l'on estime que plus de 30 % des personnes âgées au Canada présentent un risque élevé[7].

La perte auditive et les difficultés de communication qui en découlent peuvent nuire aux activités sociales et à l'intégration[16]. En 2012-2013, on estime que 4,5 millions d'adultes (19 %) présentaient une perte auditive dans la fourchette associée au niveau normal de la parole; 8,4 millions (35 %) affichaient une perte auditive aux hautes fréquences, ce qui est souvent lié au vieillissement[17,18]. À l'âge de 70 à 79 ans, 65 % des personnes affichaient une perte auditive dans les fréquences vocales, et presque toutes (94 %), une perte auditive aux hautes fréquences[17]. En raison de la tendance à nier ou à minimiser la perte auditive et de la nature insidieuse du problème, seule une fraction de personnes présentant une perte auditive ont déclaré connaître dans les faits des difficultés auditives ou de communication, soit 4 % des adultes, ou moins d'un million de personnes[16,17,19]. Étant donné que la population canadienne vieillit et qu'elle devrait passer d'environ 6 millions en 2015 à 9 millions en 2030, on s'attend à ce que le nombre de personnes ayant des problèmes auditifs augmente[20].

Dans la présente étude, on examine les associations entre les problèmes auditifs et l'isolement social. La présence de problèmes est fondée sur la capacité autodéclarée à comprendre une conversation et, par conséquent, rend compte d'une limitation fonctionnelle, plutôt que d'une perte biologique d'acuité auditive. Les problèmes auditifs sont par la suite classés de la façon suivante : corrigés (capable d'entendre avec un appareil auditif) ou non corrigés (incapacité d'entendre dans certaines situations, même avec un appareil auditif) [21].

L'isolement social a été conceptualisé et mesuré[9] de différentes façons[6,7,9,22,23]. Pour les besoins de la présente analyse, l'accent est mis sur l'isolement social perçu ou subjectif, mesuré comme la combinaison d'un sentiment de solitude et d'un faible sentiment d'appartenance à la communauté, plutôt que sur des mesures objectives, comme la taille du réseau ou la fréquence

Auteure : Pamela L. Ramage-Morin (Pamela.Ramage-Morin@canada.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

de la participation. L'isolement social perçu rend compte de la façon dont les personnes se sentent au sujet de leurs rapports sociaux et participation sociale, et de l'écart entre la situation souhaitée et la situation réelle, le cas échéant[4,22,24].

Les associations entre les problèmes auditifs et l'isolement social ou la solitude ont été explorées dans une gamme variée de populations, mais pas au Canada, et souvent à partir de tailles d'échantillon plus petites[5,16,25-27]. La présente étude examine la problématique chez les Canadiens âgés de 45 ans et plus, sur la base d'un échantillon important représentatif de la population à domicile des 10 provinces.

Méthodes

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé (ESCC–VS) de 2008-2009, une enquête transversale qui vise les personnes âgées de 45 ans et plus vivant dans des logements privés dans les 10 provinces. Étaient exclus du champ de l'enquête les habitants des trois territoires, des réserves des Premières Nations et de certaines régions éloignées, les résidents d'établissements ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes. Les données ont été recueillies du 1er décembre 2008 jusqu'au 30 novembre 2009 inclusivement, principalement au moyen d'interviews sur place assistées par ordinateur. Le taux de réponse combiné au niveau du ménage et de la personne a été de 74,4 %. Les participants à l'enquête qui ont répondu par personne interposée étaient au nombre de 689 et constituaient 2,2 % de l'échantillon (tableau A en annexe). Étant donné que l'isolement social a été déterminé à partir de questions subjectives qui n'étaient pas administrées à ces participants, ils ont été exclus de l'échantillon. Ainsi, l'échantillon définitif d'étude comptait 30 176 personnes. Des détails concernant l'ESCC–VS sont disponibles dans le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca).

Mesures

Les niveaux de déficit fonctionnel pour l'*audition*, la *vision*, l'*élocution*, la *mobilité*, la *dextérité*, la *douleur*, l'*émotion* et la *cognition* ont été fondés sur le Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)[28,29]. Chaque attribut du HUI3 comporte cinq ou six niveaux, auxquels correspondent des scores d'indice de l'état de santé allant de 0,00 (le plus déficient) à 1,00 (aucune déficience). Des variables continues pour chaque attribut ont été créées au moyen des scores d'indice de l'état de santé respectifs pour les modèles de régression logistique. Les estimations de la prévalence pour les *difficultés auditives* ont été fondées sur une variable ordinale comportant une distinction entre aucune déficience (niveau 1), déficience légère (niveau 2) et déficience modérée/grave (niveaux 3 à 6)[30]. Les autres types de déficience fonctionnelle ont été dichotomisés comme absence de déficience/déficience légère (niveaux 1, 2), comparativement à déficience modérée/grave (niveaux supérieurs à 2), sauf dans le cas de la cognition, où les niveaux 1 à 3 correspondaient à l'absence de déficience/une déficience légère, et les niveaux supérieurs à 3, à une déficience modérée/grave[30].

En reprenant l'approche de Corna et coll.[21], la capacité auditive a été classée comme aucune difficulté, corrigée, non corrigée, ou ne peut pas entendre du tout, au moyen des modèles de réponse (1 = oui, 2 = non, 6 = sans objet) aux questions sur l'audition du HUI3 : « Habituellement, pouvez-vous suivre une conversation dans un groupe d'au moins trois personnes sans vous servir d'une prothèse auditive? » (Q1); « Avec l'aide d'une prothèse auditive? » (Q2); « Pouvez-vous entendre quoi que ce soit? » (Q3); « Habituellement, pouvez-vous tenir une conversation avec une autre personne dans une pièce silencieuse sans vous servir d'une prothèse auditive? » (Q4); « Avec l'aide d'une prothèse auditive? » (Q5) (tableau explicatif 1).

L'*incontinence* a été établie au moyen de la question suivante : « Êtes-vous atteint(e) d'incontinence urinaire? » On a demandé aux participants à l'enquête de répondre « oui » si leur problème avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé et persistait depuis six mois, ou devait persister pendant au moins six mois.

La *peur de tomber* a été fondée sur une réponse positive à la question « Êtes-vous inquiet (inquiète) ou préoccupé(e) par la possibilité que vous pourriez tomber à l'avenir? », qui a été posée aux participants à l'enquête âgés de 65 ans et plus. On a présumé une réponse négative pour les participants plus jeunes.

Le *stress* au quotidien a été classé comme élevé (la plupart des journées

Tableau explicatif 1
Classification de la capacité auditive selon les modèles de réponse aux questions sur l'audition du Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)

Catégorie	Modèles de réponse (1 = oui, 2 = non, 6 = sans objet) aux questions du HUI3 (Q1 à Q5)	Description
Aucun problème auditif	16666	Réponse affirmative à la question 1
Problème auditif corrigé	21616, 21621	Tous les problèmes auditifs ont été déclarés corrigés (capable d'entendre avec une prothèse auditive)
Problème auditif non corrigé	21622, 22116, 22121, 22122	Tout problème d'audition identifié a été déclaré non corrigé (incapable d'entendre dans certaines situations, même avec une prothèse auditive)
N'entend pas du tout	22266	Réponse négative à la question 3

Tableau explicatif 2
Typologie des liens sociaux

Sentiment d'appartenance à la communauté	Solitude	
	Oui	Non
Faible/assez faible	Isolé(e) socialement	Solitaire
Fort/assez fort	Souffre de solitude	En relation

sont assez ou extrêmement stressantes) ou faible (la plupart des journées ne sont pas du tout stressantes, pas tellement stressantes ou sont un peu stressantes).

Outre l'*âge* et le *sexe*, les variables sociodémographiques de l'analyse étaient le *niveau de scolarité du ménage*, à savoir, le niveau de scolarité le plus élevé atteint par un membre du ménage (diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur d'études, pas de diplôme d'études postsecondaires); l'*état matrimonial*; les *modalités de vie* (vivant seul(e) ou avec d'autres, les « autres » pouvant être le conjoint, les enfants, un ami ou une autre personne); la *conduite régulière d'un véhicule automobile* définie comme le fait de détenir un permis de conduire valide et d'avoir conduit au moins une fois au cours du dernier mois. La *situation d'activité* a été fondée sur la semaine précédente : travaillait à un emploi/était absent(e) du travail/ne travaillait pas, mais cherchait un emploi. Les questions n'étaient posées qu'aux participants à l'enquête de moins de 75 ans. Les personnes de 75 ans et plus ont été classées comme inactives.

L'*isolement social* a été établi à partir de deux variables mesurant la solitude et l'appartenance à la communauté. À partir de l'échelle de solitude à trois items (*Three-Item Loneliness Scale*), qui est fondée sur l'échelle révisée de l'UCLA[31], on a posé la question suivante aux participants à l'enquête : « À quelle fréquence vous arrive-t-il de ressentir un manque de compagnie? D'avoir l'impression d'être tenu(e) à l'écart? D'éprouver le sentiment d'être isolé(e) des autres? » Les valeurs des catégories de réponse (1 = à peu près jamais; 2 = parfois; 3 = souvent) ont été additionnées. Les participants à l'enquête qui ont obtenu un score de 3 ont été classés comme ne souffrant pas de solitude, comparativement à ceux dont le score allait de 4 à 9.

Le *sentiment d'appartenance à la communauté* a été déterminé à partir d'une question : « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est très fort? Plutôt fort? Plutôt faible? Très faible? » Les participants à l'enquête ont été classés comme isolés socialement s'ils souffraient de solitude et avaient un sentiment d'appartenance à la communauté plutôt faible ou très faible (tableau explicatif 2).

La corrélation tétrachorique entre la solitude et le sentiment d'appartenance à la communauté était de 0,2, ce qui appuie la notion selon laquelle il est possible de se sentir seul mais d'avoir un sentiment d'appartenance à la communauté en même temps, et vice versa. D'autres groupes s'excluant mutuellement (*seul(e)*, *solitaire* et *en relation*) ont été établis à partir des deux variables.

Techniques d'analyse

Les hommes et les femmes ont été analysés séparément. Des totalisations croisées pondérées et des modèles de régression logistique ont servi à examiner les associations entre les variables indépendantes et l'isolement social. Un modèle logistique préliminaire a permis de déterminer s'il existait une association entre les problèmes auditifs et l'isolement social, conditionnelle à l'âge du participant à l'enquête. Le terme d'interaction n'était pas significatif (données non présentées). Dans les modèles subséquents, on a regroupé les participants à l'enquête et on a tenu compte de l'âge. Les modèles de régression logistique multiple, corrigés des facteurs confusionnels potentiels dont on sait qu'ils sont associés à l'isolement social, ont en outre été corrigés de l'âge (continu) et de l'âge^2 en raison du rapport non linéaire entre l'isolement social et l'âge (figure 1). Une variation minimale de 0,05 du score du HUI3 à l'égard d'un attribut unique a été considérée comme significative[32,33]. L'état matrimonial et le stress ont été exclus de la régression

Tableau 1
Niveau de déficience auditive, situation auditive et prévalence de tout problème auditif selon le groupe d'âge, selon le sexe, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Nombre (milliers)	%	Intervalle de confiance de 95 % de	à	Nombre (milliers)	%	Intervalle de confiance de 95 % de	à	Nombre (milliers)	%	Intervalle de confiance de 95 % de	à
Niveau de déficience auditive												
Aucune	12 347	93,5	93,0	93,9	5 804	92,1	91,4	92,8	6 543	94,7[†]	94,2	95,1
Toute déficience auditive	864	6,5	6,1	7,0	497	7,9	7,2	8,6	367	5,3[†]	4,9	5,8
Légère	431	3,3	3,0	3,6	256	4,1	3,6	4,5	175	2,5[†]	2,2	2,9
Modérée ou grave	433	3,3	3,0	3,6	241	3,8	3,4	4,3	192	2,8[†]	2,5	3,1
Situation auditive (tout problème auditif)												
Problème corrigé	592	4,5	4,2	4,8	339	5,4	4,9	5,9	254	3,7[†]	3,3	4,1
Problème non corrigé	265	2,0	1,8	2,3	156	2,5	2,1	3,0	109	1,6[†]	1,3	1,9
Groupe d'âge (tout problème auditif)												
45 à 59 ans	192	2,7	2,2	3,2	112	3,2	2,4	4,2	80	2,2	1,6	2,9
60 à 74 ans	291	6,9[†]	6,3	7,6	196	9,8[†]	8,7	10,9	95	4,3[††]	3,7	5,1
75 ans et plus	382	20,8[†]	19,4	22,2	189	24,6[†]	22,3	27,0	193	18,0[††]	16,5	19,6

[†] valeur significativement différente de celle pour le groupe d'âge précédent ($p < 0,01$)
[‡] valeur significativement différente de celle pour les hommes ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

Tableau 2
Nombre et pourcentage de personnes ayant déclaré de l'isolement social, selon certaines caractéristiques et le sexe, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Hommes				Femmes			
			Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Total	775	12,3	11,3	13,4	1 106	16,0‡	15,0	17,2
Groupe d'âge								
45 à 59 ans	495	14,1*†	12,3	16,0	636	17,4*†‡	15,7	19,3
60 à 74 ans†	202	10,1	8,9	11,3	303	13,9‡	12,7	15,2
75 ans et plus	78	10,1	8,7	11,7	167	15,6‡	14,1	17,3
Participation à la population active								
45 à 74 ans								
Oui	477	12,1	10,6	13,8	537	15,6‡	13,9	17,3
Non†	298	12,6	11,3	14,0	568	16,5‡	15,2	17,9
45 à 59 ans								
Oui	399	12,9*	11,1	14,9	464	16,2*†‡	14,3	18,3
Non†	95	23,1	18,2	29,0	171	21,9	18,1	26,3
60 à 74 ans								
Oui	77	9,4	7,6	11,5	73	12,4‡	10,3	14,8
Non†	125	10,6	9,1	12,2	230	14,5‡	13,0	16,1
Niveau de scolarité du ménage								
Diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur d'études†	501	11,4	10,1	12,7	707	16,0‡	14,5	17,5
Pas de diplôme d'études postsecondaires	255	14,8*	13,0	16,7	377	16,3	14,8	17,9
État matrimonial								
Célibataire, jamais marié(e)	108	26,0*	21,3	31,3	95	22,4*	18,6	26,6
Marié(e)/en union libre†	459	9,1	8,0	10,3	623	13,4‡	12,0	14,9
Veuf(ve), séparé(e), divorcé(e)	207	25,5*	22,3	29,0	388	21,5*‡	19,9	23,1
Modalités de vie								
Vivant seul(e)	259	26,2*	23,5	29,1	326	21,1*‡	19,6	22,7
Vivant avec d'autres†	511	9,7	8,6	10,9	773	14,6‡	13,3	15,9
Conducteur régulier								
Oui	678	11,7*	10,6	12,9	779	14,8*‡	13,7	16,1
Non†	97	19,2	16,2	22,6	326	20,0	18,1	22,0
Problème auditif								
Aucun†	689	12,0	10,8	13,2	1 011	15,6‡	14,5	16,8
Tout problème auditif	72	14,7	12,1	17,8	82	23,2*‡	19,1	27,7
Léger	40	15,8	12,2	20,2	38	22,6*	17,4	28,8
Modéré ou grave	32	13,6	10,3	17,8	44	23,7*‡	18,1	30,3
Situation auditive								
Problème corrigé	54	16,1	12,7	20,1	51	20,9	16,9	25,4
Problème non corrigé†	18	11,7E	8,3	16,1	31	29,1‡	20,9	39,0
Déficience fonctionnelle modérée/grave								
Vision								
Oui	17E	18,3E	11,9	27,0	36	26,5*	20,5	33,5
Non†	754	12,2	11,1	13,3	1 066	15,9‡	14,8	17,0
Élocution								
Oui	F	F	...	...	F	F	...	...
Non†	774	12,3	11,2	13,4	1 104	16,0‡	15,0	17,1
Mobilité								
Oui	37	16,7*	13,2	21,0	110	25,7*‡	22,5	29,2
Non†	738	12,1	11,1	13,3	995	15,4‡	14,3	16,6
Dextérité								
Oui	F	F	...	...	8E	27,2E	16,4	41,6
Non†	774	12,3	11,3	13,5	1,098	16,0‡	15,0	17,1

logistique, en raison de leurs corrélations respectives avec les modalités de vie et le trouble émotionnel. Les données ont été pondérées en fonction du groupe d'âge, du sexe et de la province, puis corrigées pour tenir compte de la non-réponse. Afin de tenir compte des effets du plan de sondage de l'ESCC–VS, on a calculé les coefficients de variation et les valeurs p et effectué des tests de signification à l'aide de la méthode du *bootstrap*[34,35].

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

L'échantillon de l'étude, constitué de 30 176 participants à l'enquête, a été pondéré pour représenter 13,3 millions de personnes âgées de 45 ans et plus, dont l'âge moyen était de 60,4 ans (tableau A en annexe). Près de la moitié de ces personnes (48 %) étaient des hommes, et la majorité (69 %) d'entre elles vivaient dans un ménage où au moins une personne détenait un diplôme d'études postsecondaires.

Problème auditif

En 2008-2009, on estime que 864 000 personnes (7 %) âgées de 45 ans et plus ont déclaré avoir un problème auditif. Chez la moitié d'entre elles, le problème était léger plutôt que modéré ou grave (tableau 1). Environ 5 % des personnes avaient une déficience auditive corrigée, tandis que 2 % ne pouvaient pas toujours entendre ce qui se disait, même avec une prothèse auditive. La déficience auditive était plus répandue aux âges plus avancés, touchant 21 % des personnes de 75 ans et plus. Les hommes étaient généralement plus susceptibles que les femmes d'avoir une déficience auditive (8 % par rapport à 5 %), même si des différences significatives entre les sexes ne ressortaient que dans les groupes les plus âgés.

Isolement social perçu

On estime que 1,9 million de personnes, soit 12 % des hommes et 16 % des

femmes, s'étaient senties isolées socialement, du fait qu'elles ont déclaré souffrir de solitude et avoir un sentiment faible ou plutôt faible d'appartenance à la communauté (tableau 2).

L'isolement social était plus répandu chez les 45 à 59 ans que chez les personnes appartenant à presque tous les autres groupes d'âge plus avancé (tableau 2), même si les données continues laissent supposer que l'isolement social peut augmenter de nouveau à des âges plus avancés (figure 1).

Dans l'ensemble, la participation à la population active n'était pas associée à l'isolement social, même si les 45 à 59 ans qui n'étaient pas actifs étaient significativement plus susceptibles que les personnes du même âge qui travaillaient ou qui cherchaient activement du travail de se sentir isolés.

Des niveaux élevés de stress au quotidien étaient associés à l'isolement social, et 28 % (IC de 95 %, 26 à 29) des 45 à 59 ans ont déclaré que la plupart des journées étaient assez ou extrêmement stressantes, ce qui est significativement plus élevé que les estimations pour les personnes de 60 à 74 ans (14 %; IC de 95 %, 13 à 15) ou de 75 ans et plus (10 %; IC de 95 %, 9 à 11) (données non présentées).

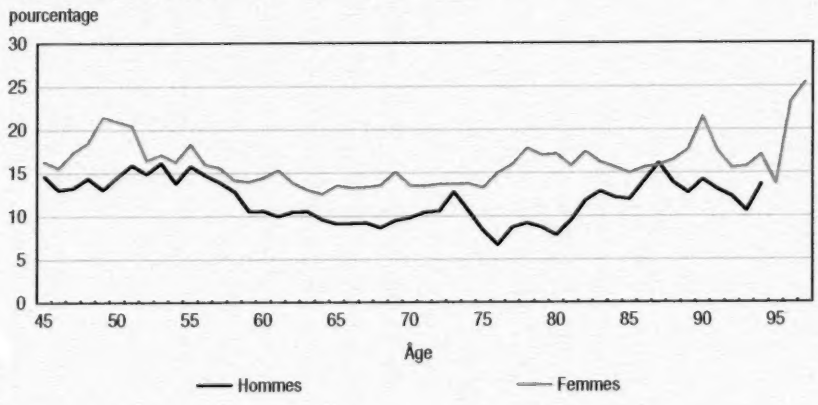
Les femmes étaient systématiquement plus susceptibles que les hommes d'être isolées socialement (sauf les femmes veuves, séparées ou divorcées, ou celles vivant seules). L'isolement social était associé à un faible niveau de scolarité (hommes), au fait de vivre seul(e) et de ne pas avoir de conjoint(e), à l'incontinence (femmes), à la peur de tomber, au niveau élevé de stress au quotidien et à certaines déficiences fonctionnelles — vision (femmes), mobilité, douleur, émotion et cognition. Les deux dernières déficiences sont dignes de mention, les hommes et les femmes éprouvant ces difficultés étant effectivement de deux à quatre fois plus susceptibles d'être isolés socialement que les personnes n'ayant pas ces types de déficiences. Les personnes qui conduisaient régulièrement étaient moins susceptibles que celles

Tableau 2 (fin)
Nombre et pourcentage de personnes ayant déclaré de l'isolement social, selon certaines caractéristiques et le sexe, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Hommes				Femmes			
			Intervalle de confiance de 95 %				Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Déficience fonctionnelle modérée/grave								
Douleur								
Oui	157	17,0*	14,3	20,2	331	23,7*‡	21,1	26,5
Non†	618	11,5	10,4	12,7	773	14,1‡	12,9	15,3
Émotion								
Oui	100	43,0*	36,3	49,9	137	52,0*	45,8	58,1
Non†	672	11,1	10,1	12,2	967	14,6‡	13,6	15,7
Cognition								
Oui	103	27,9*	22,1	34,5	151	34,5*	28,7	40,8
Non†	672	11,3	10,3	12,5	954	14,8‡	13,8	15,8
Incontinence								
Oui	35	14,2	11,2	17,9	117	22,3*‡	19,3	25,5
Non†	739	12,2	11,1	13,4	989	15,5‡	14,5	16,7
Peur de tomber								
Oui	67	15,3*	12,9	18,0	184	19,5*‡	17,4	21,8
Non†	707	12,1	11,0	13,3	921	15,5‡	14,4	16,7
Stress au quotidien								
Élevé (journées assez / extrêmement stressantes)	204	16,7*	14,2	19,5	343	22,8*‡	19,9	26,0
Faible† (journées pas du tout/pas tellement/peu stressantes)	570	11,2	10,1	12,5	762	14,2‡	13,1	15,3

... n'ayant pas lieu de figurer
E à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
‡ valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$)
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

Figure 1
Pourcentage ayant déclaré de l'isolement social (moyenne mobile sur 3 ans), selon l'âge et le sexe, population à domicile âgée de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

qui ne conduisaient pas d'être isolées socialement.

Problèmes auditifs et isolement social perçu

Chez les hommes, les problèmes auditifs n'étaient pas associés à l'isolement social (tableau 2), même une fois les caractéristiques sociodémographiques et les autres problèmes pris en compte (tableau 3). Par contre, 23 % des femmes ayant un problème auditif ont déclaré se sentir isolées socialement, comparativement à 16 % des femmes n'en ayant pas. Cette association subsistait même une fois les autres facteurs pris en compte. Au fur et à mesure que les problèmes auditifs augmentaient, la cote exprimant le risque d'être isolé socialement augmentait aussi (1,04).

Même si les estimations ponctuelles pour les femmes laissent supposer un gradient de prévalence de l'isolement social — les femmes sans déficience auditive présentant les taux de prévalence les plus faibles, suivies de celles ayant un problème corrigé, puis de celles ayant un problème non corrigé —, la différence entre les deux derniers groupes n'était pas significative (tableau 2, figure 2). Les hommes ayant des problèmes

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés et non corrigés reliant l'isolement social à certaines caractéristiques, selon le sexe, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Hommes									Femmes								
				Corrigé									Corrigé					
	Non corrigé			Modèle 1			Modèle 2			Non corrigé			Modèle 1			Modèle 2		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
Caractéristiques	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à	Rapport de cote	de	à
Niveau de scolarité du ménage																		
Diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur d'études	0,7*	0,6	0,9	0,9	0,7	1,0	0,9	0,7	1,1	1,0	0,8	1,2	1,1	0,9	1,3	1,2	1,0	1,4
Pas de diplôme d'études postsecondaires†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Modalités de vie																		
Vivant seul(e)	3,3*	2,8	4,0	3,2*	2,6	3,9	3,1*	2,5	3,8	1,6*	1,4	1,8	1,8*	1,5	2,1	1,7*	1,5	2,0
Vivant avec d'autres†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Conducteur régulier																		
Oui	0,6*	0,4	0,7	0,8*	0,6	1,0	1,1	0,8	1,5	0,7*	0,6	0,8	0,6*	0,5	0,8	0,8*	0,7	1,0
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Participation à la population active																		
Oui	1,0	0,8	1,2	0,7*	0,5	0,9	0,8	0,6	1,1	0,9	0,8	1,1	0,7*	0,6	0,9	0,9	0,7	1,2
Non†	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...
Limitations fonctionnelles (continues)																		
Audition	1,02	0,98	1,05	1,03	1,00	1,07	1,00	0,97	1,04	1,06*	1,02	1,10	1,07*	1,03	1,11	1,04*	1,00	1,09
Vision	1,06*	1,01	1,12	...	...	...	1,05	1,00	1,12	1,07*	1,03	1,10	...	...	...	1,02	0,98	1,07
Élocution	1,15	0,93	1,41	...	...	...	1,13	0,89	1,42	1,10	0,99	1,21	...	...	...	1,00	0,90	1,11
Mobilité	1,06*	1,03	1,09	...	...	...	0,98	0,93	1,03	1,07*	1,05	1,08	...	...	...	1,03*	1,01	1,05
Dextérité	1,00	0,94	1,07	...	...	...	0,97	0,89	1,05	1,06*	1,01	1,11	...	...	...	0,95	0,88	1,04
Douleur	1,04*	1,02	1,06	...	...	...	1,00	0,97	1,02	1,06*	1,05	1,07	...	...	...	1,03*	1,01	1,05
Émotion	1,35*	1,28	1,42	...	...	...	1,29*	1,21	1,38	1,37*	1,28	1,46	...	...	...	1,29*	1,20	1,38
Cognition	1,16*	1,12	1,20	...	...	...	1,11*	1,05	1,17	1,13*	1,10	1,17	...	...	...	1,06*	1,02	1,11
Incontinence																		
Oui	1,2	0,9	1,6	...	...	...	0,9	0,7	1,4	1,6*	1,3	1,9	...	...	...	1,1	0,9	1,4
Non†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...
Peur de tomber				...	...	...												
Oui	1,3*	1,1	1,6	...	...	...	1,5*	1,1	2,0	1,3*	1,1	1,6				1,4*	1,1	1,7
Non†	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...	1,0	...	...	...	...	...	1,0	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer
* valeur significativement différente de la catégorie de référence ($p < 0,05$)
† catégorie de référence
Note : Les rapports de cotes ont été corrigés selon l'âge et l'âge² pour tenir compte du rapport non linéaire entre l'âge et l'isolement social (figure 1).
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

auditifs corrigés étaient plus susceptibles que ceux n'en ayant pas d'être isolés socialement.

Discussion

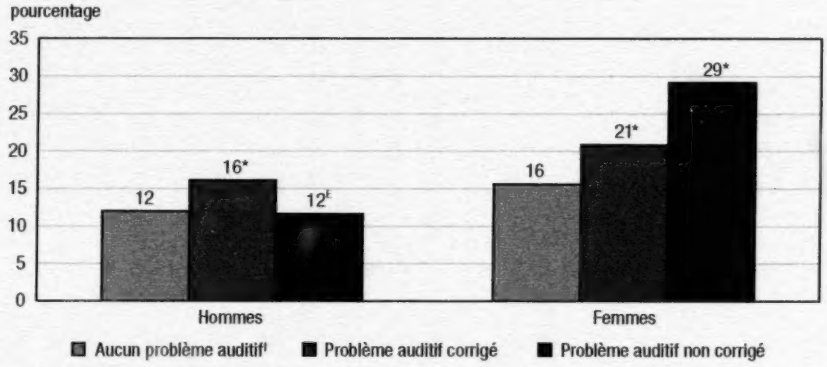
Selon la présente étude, les problèmes auditifs étaient associés à l'isolement social chez les femmes, mais non chez les hommes. Ces résultats se sont maintenus, même une fois corrigés des facteurs sociodémographiques, d'autres limitations fonctionnelles, de l'incontinence et de la peur de tomber. Des associations entre les problèmes auditifs et l'isolement social ont été observées dans d'autres recherches, mais les résultats n'ont pas été stratifiés selon le sexe[5,25,36,37]. Par exemple, après avoir déclaré que la prévalence de l'isolement social ne variait pas entre les hommes et les femmes de 60 ans et plus, Hawthorne et coll.[5] ont mené une analyse des deux sexes confondus. En revanche, dans la présente étude, lorsque les deux sexes ont été examinés ensemble, il en est ressorti clairement un rapport significatif entre les problèmes auditifs et l'isolement social. Selon l'analyse stratifiée, ce rapport était attribuable principalement à l'association chez les femmes. Dans chaque groupe d'âge, les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes d'être isolées socialement.

Les problèmes auditifs peuvent mener à l'isolement social si les personnes se retirent pour éviter d'avoir à suivre une conversation ou d'éprouver de l'embarras suscité par la perte auditive ou l'utilisation d'une prothèse auditive[37,38]. La perte auditive a aussi été associée à un faible degré de mobilité et aux chutes, à un moins bon état de santé, ainsi qu'à un déclin cognitif, problèmes pouvant tous contribuer à l'isolement social[39-42]. Même si ces associations étaient évidentes dans la présente analyse, les problèmes auditifs étaient associés indépendamment à l'isolement social chez les femmes.

En dépit de progrès considérables réalisés dans l'industrie des accessoires et appareils fonctionnels[43], la plupart des adultes canadiens (88 %) présentant une perte auditive n'utilisent pas de prothèse auditive[17]. Parmi les raisons de cela figurent le coût des appareils et le fait de croire qu'ils ne sont pas nécessaires[38]. La présente étude a comparé l'isolement social parmi les personnes dont la prothèse auditive leur permettait de comprendre ce qui se disait dans une conversation (problème auditif corrigé) et celles qui, malgré qu'elles se servent d'une prothèse, ne pouvaient pas toujours entendre ce qui se disait (problème auditif non corrigé). Même si les estimations de l'isolement social parmi les personnes ayant un problème corrigé et celles ayant un problème non corrigé ne variaient pas de façon significative, les estimations ponctuelles pour les femmes ont fait ressortir le gradient auquel on s'attendait. Le contraire était vrai pour les hommes. Ainsi, ceux ayant un problème auditif corrigé semblaient plus susceptibles que ceux ayant un problème non corrigé d'être isolés socialement. Schneider et coll.[44] ont mentionné que la perte auditive était associée à une plus grande dépendance à l'égard des membres de la famille et de la communauté. Il est possible que les hommes ayant un problème auditif non corrigé soient plus dépendants, et que cette dépendance donne lieu à des interactions sociales qui contribuent à leur tour à protéger contre l'isolement. Dawes et coll.[36] ont eux aussi trouvé une association positive entre l'utilisation d'une prothèse auditive et l'isolement social.

Dans le cadre de la présente étude, on a établi le niveau de déficience auditive au moyen du HUI3, qui permet d'évaluer la capacité autodéclarée de comprendre ce qui se dit au cours d'une conversation, selon différentes situations. Dans d'autres études qui se sont basées sur la situation auditive autodéclarée, les mesures et les situations étaient différentes. Par exemple, on a évalué si les participants comprenaient bien ce qui se disait dans une voix forte ou dans une voix chuchotée, en parlant au téléphone, ou lorsqu'ils étaient dans une pièce bruyante[5,25]. D'autres chercheurs, quant à eux, ont mesuré la perte auditive biologique au moyen de tests divers, dont audiométriques[16,36]. Monzani et coll.[45] ont fait la distinction entre les deux lorsqu'ils ont décrit le problème auditif autodéclaré comme étant l'expérience subjective de l'incapacité découlant de la perte auditive réelle. Les autodéclarations sur les problèmes auditifs sous-estiment la prévalence réelle de la perte auditive[16,17]. Les personnes fournissant des déclarations sont peut-être celles qui connaissent les déficiences auditives les plus graves

Figure 2
Pourcentage ayant déclaré de l'isolement social, selon la situation auditive et le sexe, population à domicile âgée de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009



E à utiliser avec prudence
* valeur significativement différente de celle pour la catégorie de référence (p < 0,05)
† catégorie de référence
Note : En raison des petits nombres d'unités, le pourcentage de personnes qui « n'entendent pas du tout » n'a pas pu être déclaré.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des recherches antérieures ont montré des associations entre la situation auditive et l'isolement social, mais elles ne se rapportent pas spécifiquement à la population canadienne.
- En 2012-2013, 19 % de la population adulte avait une perte auditive dans les fréquences associées au niveau normal de la parole, et 35 % présentaient une perte dans la fourchette aux hautes fréquences, laquelle est associée à l'âge.
- De 70 à 79 ans, 65 % des personnes avaient une perte auditive dans les fréquences vocales et presque toutes les personnes (94 %) présentaient une perte aux hautes fréquences.
- On s'attend à ce que le nombre de Canadiens présentant une perte auditive augmente à mesure que la population vieillira.

Ce qu'apporte l'étude

- L'analyse d'un vaste échantillon représentatif des Canadiens de 45 ans et plus révèle que 7 % (8 % des hommes et 5 % des femmes) des personnes avaient un problème auditif qui limitait leur capacité à comprendre une conversation normale.
- On estime que 12 % des hommes et 16 % des femmes étaient isolés socialement, ceux-ci ayant déclaré éprouver des sentiments de solitude et ressentir un faible ou assez faible sentiment d'appartenance à la communauté.
- Les personnes de 45 à 59 ans étaient plus susceptibles que celles de 60 ans et plus d'être isolées socialement.
- Les problèmes auditifs étaient associés à l'isolement social chez les femmes, mais pas chez les hommes, même une fois prises en compte des caractéristiques sociodémographiques, d'autres limitations fonctionnelles, l'incontinence et la peur de tomber.

ou dont les activités exigent une très grande acuité auditive (p. ex. les musiciens, les ornithologues)[25]. En dépit des différences, la perte auditive établie à partir de tests audiométriques et celle fondée sur des autodéclarations sont toutes deux associées à de mauvais résultats sur le plan social[16] et en ce qui a trait à la mortalité[11,39].

L'isolement social a été défini et mesuré de nombreuses façons[4,6,13,22,23,46]. Dans la présente étude, on utilise l'isolement social perçu ou subjectif, qui reflète la façon dont les participants perçoivent leur situation ainsi que la qualité de leurs relations, plutôt que d'évaluer objectivement des attributs, comme le nombre de contacts, la fréquence de participation ou les modalités de vie[5,6,8,12,22,47,48]. La mesure subjective saisit des sentiments intimes, relationnels et collectifs de solitude — les trois éléments sous-jacents de l'échelle de solitude révisée de l'UCLA[31] — et englobe le sentiment d'appartenance à la communauté. L'isolement social subjectif ne dépend pas d'une décision arbitraire au sujet de la taille du réseau ou de la fréquence de participation qui convient. La satisfaction à l'égard de ses réseaux et la taille de ceux-ci sont des concepts distincts qui ne sont pas forcément corrélés[8]. La mesure subjective reflète le mieux la question clé, à savoir si les personnes qui éprouvent des difficultés à communiquer en raison de problèmes auditifs se sentent isolées des personnes qui les entourent.

De nombreuses transitions liées à l'âge peuvent entraîner des perturbations sociales, y compris dans les réseaux sociaux et sur le plan de l'engagement social : la retraite et les changements concomitants de rôle et dans les contacts sociaux; le fait de devenir un aidant; l'évolution de l'état de santé; les changements touchant les déplacements (p. ex., la personne ne peut plus ou ne veut plus conduire); le décès d'un conjoint; le déménagement et l'adoption d'autres modalités de vie[13,22,49]. Il se peut que la génération du baby-boom soit plus à risque d'isolement social que les générations antérieures, ses membres étant plus susceptibles de vivre seuls, de ne s'être jamais mariés et d'avoir moins d'enfants[50].

Les résultats de la présente étude montrent que l'isolement social était plus répandu chez les 45 à 59 ans que chez les 60 ans et plus, ce qui concorde avec les travaux de Cacioppo et coll.[51]. Il se peut que les adultes plus âgés qui prennent leur retraite aient plus de temps pour faire du bénévolat ou s'adonner à d'autres activités qui favorisent les liens sociaux, tandis que nombre des membres de la cohorte plus jeune ont des responsabilités concurrentes liées au travail, aux soins des enfants et aux soins des personnes âgées qui créent du stress et limitent le temps et l'énergie nécessaires à l'établissement de liens[52,53]. Dans la présente étude, un niveau élevé de stress au quotidien était associé à l'isolement social. En outre, les personnes de 45 à 59 ans étaient plus susceptibles que les personnes plus âgées de déclarer avoir une vie au quotidien assez ou extrêmement stressante. Les personnes en âge de travailler qui n'appartenaient pas à la population active étaient plus susceptibles d'être isolées socialement. Hawthorne[54] a déterminé que les chômeurs, les personnes ayant subi une blessure au travail, les étudiants et les personnes au foyer étaient plus susceptibles d'être isolés que les personnes employées à temps plein. Il se peut que les activités liées à l'emploi offrent une protection contre l'isolement, ou que les adultes d'âge moyen ne faisant pas partie de la population active aient des problèmes de santé ou des responsabilités familiales qui concourent à l'isolement social.

Les interventions visent souvent à augmenter les interactions sociales dans le cadre d'activités de groupe[55,56]. Il se peut toutefois que les personnes ayant des problèmes auditifs évitent les situations exigeantes sur le plan social et se sentent défavorisées du fait de leur capacité de participation réduite[45]. Les interventions favorisant les échanges entre deux personnes ainsi que l'utilisation de la technologie pour la communication non verbale (p. ex. Internet) sont peut-être plus efficaces pour combattre l'isolement

social chez les personnes ayant une déficience auditive[55].

La présente étude illustre l'importance d'évaluer les hommes et les femmes séparément. À l'avenir, les recherches pourraient mettre l'accent sur les différences entre les sexes dans la relation entre la perte auditive et l'isolement social. Elles pourraient servir à examiner plus à fond le rôle des accessoires et appareils fonctionnels, y compris les services d'appareil téléscripteur (ATS), les fonctionnalités téléphoniques améliorées et les ordinateurs personnels aux fins de communication non verbale, comme par courriel et par messages textes[5,16,25]. On pourrait explorer les pathologies connexes, étant donné que plusieurs problèmes de santé et incapacités se multiplient avec l'âge et pourraient concourir à l'isolement social et nuire à l'adoption de technologies qui facilitent les contacts sociaux[57]. Enfin, on pourrait se pencher sur d'autres facteurs atténuants, comme le rôle de la famille et des amis, et le niveau de soutien social.

Limites

Les données transversales représentent une limite de la présente étude. L'ordre temporel de la perte auditive et de l'isolement social n'a pu être établi. Les personnes ont été classées selon leur situation auditive actuelle, sans prise en compte de leurs antécédents à l'égard de la perte auditive. Or, la déficience auditive peut être présente à la naissance ou survenir au cours de la vie, et elle peut commencer de manière soudaine ou graduellement. Le moment où survient la perte auditive et la rapidité à laquelle elle évolue peuvent avoir des répercussions sur la capacité d'adaptation de la personne atteinte et sur son sentiment d'isolement social.

L'ESCC–VS ne permet pas de repérer les personnes ayant une déficience auditive qui utilisent le langage gestuel pour communiquer et il n'y a aucune raison de croire qu'elles pourraient présenter un risque d'isolement social plus grand que les personnes n'ayant pas de problème auditif.

On ne disposait pas de renseignements sur les implants cochléaires ou sur la qualité et l'utilisation des prothèses auditives. Les transitions associées au vieillissement, qui peuvent concourir à l'isolement social, n'ont pu être saisies. Parmi celles-ci figurent la modification des rôles, la perte d'êtres chers, l'adoption de nouvelles modalités de vie qui perturbent les réseaux sociaux et la manifestation de problèmes de santé qui nuisent aux rapports sociaux.

L'exclusion des participants à l'enquête qui ont répondu par personne interposée, lesquels constituaient 2,2 % de l'échantillon de l'ESCC–VS, pourrait affaiblir les estimations de l'association entre les déficiences fonctionnelles et l'isolement social. Ces participants étaient plus susceptibles d'être des hommes, d'avoir des problèmes auditifs, d'être plus âgés et d'avoir une plus grande déficience fonctionnelle que les participants qui n'ont pas répondu par personne interposée (tableau A en annexe).

Les résultats de l'étude montrent que l'isolement social diminue quelque peu avec l'âge, ce qui pourrait refléter un effet de survivant en santé, selon lequel les personnes ayant des rapports sociaux et étant plus susceptibles de demeurer en santé ou d'avoir du soutien sont représentées dans l'étude, tandis que les personnes isolées pourraient connaître une mortalité précoce ou déménager en établissement. Les résidents d'établissements de soins de longue durée, qui pourraient être plus susceptibles d'avoir une perte auditive et de souffrir d'isolement social, ont été exclus du champ de l'ESCC–VS.

Mot de la fin

L'étude dégage une association entre la déficience auditive et l'isolement social chez les femmes canadiennes de 45 ans et plus, mais pas chez les hommes, différence que l'on pourrait examiner de façon plus poussée dans les recherches futures. À mesure que la population vieillit et que le pourcentage de la population présentant une déficience auditive augmente, le taux de prévalence de l'isolement social pourrait augmenter au Canada. Le faible taux d'utilisation d'une prothèse auditive parmi les personnes ayant un problème auditif pourrait guider les recherches futures, qui pourraient à leur tour explorer la possibilité que les accessoires et appareils fonctionnels atténuent l'isolement que vivent les personnes atteintes d'une incapacité auditive.

Références

1. H. Gilmour, « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada », *Rapports sur la santé*, 23(4), 2012, p. 3-13.
2. L.F. Berkman et T. Glass, « Social integration, social networks, social support, and health », dans *Social Epidemiology*, publié sous la direction de L.F. Berkman et I. Kawachi, New York, Oxford University Press, Inc., 2000, p. 137-173.
3. J.W. Rowe et R.L. Kahn, « Successful aging », *The Gerontologist*, 37(4), 1997, p. 433-440.
4. D. Zavaleta, K. Samuel et C. Mills, *Social Isolation: A Conceptual and Measurement Proposal*, Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), Working Paper No. 67. Oxford, United Kingdom, University of Oxford, 2014.
5. G. Hawthorne, « Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale », *Social Indicators Research*, 77, 2006, p. 521-548.
6. E. York Cornwell et L.J. Waite, « Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(S1), 2009, p. i38-46.
7. J. Keefe, M. Andrew, P. Fancey et M. Hall, *A Profile of Social Isolation in Canada*, Rapport final préparé pour le groupe de travail fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'isolement social, Halifax, Nouvelle-Écosse, Mount Saint Vincent University, 2006.
8. E. York Cornwell et L.J. Waite, « Social disconnectedness, perceived isolation and health among older adults », *Journal of Health and Social Behaviour*, 50, 2009, p. 31-48.
9. A. Hawton, C. Green, A.P. Dickens *et al.*, « The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people », *Quality of Life Research*, 20, 2011, p. 57-67.
10. Y. Luo, L.C. Hawkley, L.J. Waite et J.T. Cacioppo, « Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study », *Social Science and Medicine*, 74, 2012, p. 907-914.
11. D. Feeny, N. Huguet, B.H. McFarland *et al.*, « Hearing, mobility, and pain predict mortality: a longitudinal population-based study », *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(7), 2012, p. 764-777.
12. J.T. Cacioppo et S. Cacioppo, « Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation », *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 2014, p. 58-72.
13. Conseil national des aînés, *Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013-2014*, Gatineau, Québec, Conseil national des aînés, 2014.
14. J. Holt-Lunstad, T.B. Smith, M. Baker *et al.*, « Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review », *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 2015, p. 227-237.
15. Secrétariat des services consultatifs médicaux, « Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis », *L'Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(5), 2008.
16. D.S. Dalton, K.J. Cruickshanks, B.E.K. Klein *et al.*, « The impact of hearing loss on quality of life in older adults », *The Gerontologist*, 43(5), 2003, p. 661-668.
17. K. Feder, D. Michaud, P.L. Ramage-Morin *et al.*, « Taux de perte auditive chez les Canadiens de 20 à 79 ans : résultats audiométriques de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2012-2013 », *Rapports sur la santé*, 26(7), 2015, p. 20-28.
18. T.S. Kim et J.W. Chung, « Evaluation of age-related hearing loss », *Korean Journal of Audiology*, 17, 2013, p. 50-53.
19. Y. Agrawal, E.A. Platz et J.K. Niparko, « Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004 », *Archives of Internal Medicine*, 168(14), 2008, p. 1522-1530.
20. Statistique Canada, Tableau 052-0005 CANSIM - Population projetée, selon le scénario de projection, l'âge et le sexe, au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes).
21. L.M. Corna, T.J. Wade, D.L. Streiner et J. Cairney, « Corrected and uncorrected hearing impairment in older Canadians », *Gerontology*, 55, 2009, p. 468-476.
22. N.R. Nicholson Junior, « Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis », *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 2009, p. 1342-1352.
23. L. Grenade et D. Boldy, « Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings », *Australian Health Review*, 32(3), 2008, p. 468-478.
24. D. Perlman, « European and Canadian studies of loneliness among seniors », *Canadian Journal on Aging* 23(2), 2004, p. 181-8.
25. W.J. Strawbridge, M.I. Wallhagen, S.J. Shema et G.A. Kaplan, « Negative consequences of hearing impairment in old age: A longitudinal analysis », *The Gerontologist*, 40, 2000, p. 320-326.
26. S.E. Kramer, T.S. Kapteyn, D.J. Kuik et J. Deeg, « The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age », *Journal of Aging and Health*, 14(1), 2002, p. 122-137.
27. L.C. Hawkley, M.E. Hughes, L.J. Waite *et al.*, « From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study », *Journal of Gerontology*, 63B(6), 2008, p. S375-384.
28. D. Feeny, W. Furlong, G.W. Torrance *et al.*, « Multiattribute and single-attribute utility functions for the Health Utilities Index Mark 3 System », *Medical Care*, 40(2), 2002, p. 113-128.
29. Y. Feng, J. Bernier, C. McIntosh et H. Orpana, « Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3 », *Rapports sur la santé*, 20(2), 2009, p. 45-53.
30. D. Feeny et W. Furlong, *Classification of Levels in Health Utilities Index Mark 2 System (HUI2) and Mark 3 System (HUI3) into Disability Categories: None, Mild, Moderate, and Severe*, le 23 octobre, 1997, non publié.
31. L.C. Hawkley, M.W. Browne et J.T. Cacioppo, « How can I connect with thee? Let me count the ways », *Psychological Science*, 2005, p.798-804.
32. J. Horsman, W. Furlong, D. Feeny et G. Torrance, « The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications », *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 2003, p. 54.
33. K. Asakawa, D. Rolfson, A. Senthilselvan *et al.*, « Health Utilities Index Mark 3 showed valid in Alzheimer Disease, arthritis, and cataracts », *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 2008, p. 733-739.
34. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », Techniques d'enquête, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, nº 12-001 au catalogue).
35. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », Statistical Methods in Medical Research, 5(3), 1996, p. 281-310.
36. P. Dawes, R. Emsley, K.J. Cruickshanks *et al.*, « Hearing loss and cognition: The role of hearing aids, social isolation and depression », *PLoS ONE*, 10(3), 2015, e0119616.doi.1371/journal.pone.0119616.
37. S. Kochkin et C.M. Rogin, « Quantifying the obvious: the impact of hearing instruments on quality of life », *The Hearing Review*, January, 2000, disponible à l'adresse http://www.betterhearing.org/sites/default/files/hearingpedia/Hearing_aids_and_quality_of_life_NCOA.pdf, document consulté le 26 novembre 2015.
38. B. Gopinath, J. Schneider, D. Hartley *et al.*, « Incidence and predictors of hearing aid use and ownership among older adults with hearing loss », *Annals of Epidemiology*, 21(7), 2011, p. 497-506.

39. M.J. Karpa, B. Gopinath, K. Beath *et al.*, « Associations between hearing impairment and mortality risk in older persons: the Blue Mountains hearing study », *Annals of Epidemiology*, 6, 2010, p. 452-459.

40. A. Viljanen, J. Kulmala, M. Rantakokko *et al.*, « Fear of falling and coexisting sensory difficulties as predictors of mobility decline in older women », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 67(11), 2012, p. 1230-1237.

41. A. Viljanen, J. Kaprio, I. Pyykkö *et al.*, « Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins », *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(2), 2009, p. 312-317.

42. F.R. Lin, E.J. Metter, R.J. O'Brien *et al.*, « Hearing loss and incident dementia », *Archives of Neurology*, 68(2), 2011, p. 214-220.

43. J. Kerckhoff, J. Listenberger et M. Valente, « Advances in hearing aid technology », *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 35, 2008, p. 102-112.

44. J. Schneider, B. Gopinath, M.J. Karpa *et al.*, « Hearing loss impacts on the use of community and informal supports », *Age and Ageing*, 39, 2010, p. 458-464.

45. D. Monzani, G.M. Galeazzi, E. Genovese *et al.*, « Psychological profile and social behaviour of working adults with mild or moderate hearing loss », *ACTA Otorhinolaryngologica Italica*, 28, 2008, p. 61-66.

46. H.M. Gilmartin, P.G. Grota et K. Sousa, « Isolation: a concept analysis », *Nursing Forum*, 48(1), 2013, p. 54-58.

47. M. Stafford, M. Gardner, M. Kumari *et al.*, « Social isolation and diurnal cortisol patterns in an ageing cohort », *Psychoneuroendocrinology*, 38, 2013, p. 2737-2745.

48. L.C. Hawkley et J.T. Cacioppo, « Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms », *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 2010, p. 218-227.

49. B. Cornwell, E.O. Laumann et L.P. Schumm, « The social connectedness of older adults: A national profile », *American Sociological Review*, 73(2), 2008, p. 185-203.

50. N. Bohnert, A. Milan et H. Lathe, « Une diversité qui perdure : le mode de vie des enfants au Canada selon les recensements des 100 dernières années », *Documents démographiques* (Statistique Canada, nº 91F0015M au catalogue, nº 11) 2014, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/pub/91f0015m/2014011/05-fra.htm

51. J.T. Cacioppo, L.C. Hawkley et R.A. Thisted, « Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study », *Psychology and Aging*, 25(2), 2010, p. 453-463.

52. L. Duxbury, C. Higgins, en partenariat avec Desjardins Assurances, *Balancing Work, Childcare and Eldercare: A View from the Trenches, A Report from the 2013 National Study on Work-Life Experiences of Employed Caregivers*, disponible à l'adresse https://www.desjardinslifeinsurance.com/en/about-us/Documents/RapportDuxbury-ENG-Full-Web.pdf, document consulté le 27 novembre 2015.

53. C. Williams, « La génération sandwich », *L'emploi et le revenu en perspective* (Statistique Canada, nº 75-001 au catalogue) 2004; 5(9): 5-13.

54. G. Hawthorne, « Perceived social isolation in a community sample: its prevalence and correlates with aspects of peoples' lives », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 2008, p. 140-150.

55. A.P. Dickens, S.H. Richards, C.J. Greaves et J.L. Campbell, « Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review », *BMC Public Health*, 11, 2011, p. 647, disponible à l'adresse http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/647.

56. C.M. Masi, H.Y. Chen, L.C. Hawkley et J.T. Cacioppo, « A meta-analysis of interventions to reduce loneliness », *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 2011, p. 219-266.

57. A. Davis et K.A. Davis, « Epidemiology of aging and hearing loss related to other chronic illnesses », dans *Hearing Care for Adults 2009 - The Challenge of Aging*, publié sous la direction de L. Hickson, Proceedings of the Second International Adult Conference, November 16 to 18, 2009, Chicago, Illinois, disponible à l'adresse http://www.phonak.com/content/dam/phonak/b2b/Events/conference_proceedings/chicago_2009/proceedings/09_P69344_Pho_Kapitel_2_S23_32.pdf, document consulté le 27 novembre 2011.

Annexe

Tableau A
Échantillon et répartition en pourcentage de certaines caractéristiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, selon la déclaration par personne interposée, population à domicile de 45 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2008-2009

	Déclaration par personne interposée				Déclaration sans personne interposée			
		Estimation				Estimation		
	Échantillon n	Nombre (milliers)	%	ET	Échantillon n	Nombre (milliers)	%	ET
Total	689	301	100,0		30 176	13 333	100,0	
Sexe								
Hommes	360	196	65,2†	3,3	12 937	6 361	47,7	0,1
Femmes	329	105	34,8†	3,3	17 239	6 972	52,3	0,1
Âge moyen	689	301	64,7†	1,0	30 176	13 333	60,4	0,0
Niveau de scolarité du ménage								
Diplôme d'études postsecondaires ou niveau supérieur d'études	436	205	69,6	4,3	17 537	8 907	68,5	0,6
Pas de diplôme d'études postsecondaires	221	89‡	30,4	4,3	12 071	4 102	31,5	0,6
Déficience fonctionnelle								
Score HUI3 moyen	633	282	0,6†	0,0	29 473	13 124	0,9	0,0
Problème auditif								
Aucun	439	243	82,5†	2,4	26 267	12 347	93,5	0,2
Tout problème auditif	223	51	17,5†	2,4	3 488	864	6,5	0,2
Léger	71	16‡	5,6‡†	1,2	1 656	431	3,3	0,1
Modéré ou grave	152	35	11,9†	1,8	1 832	433	3,3	0,1

‡ à utiliser avec prudence
† valeur significativement différente de celle pour les participants n'ayant pas répondu par personne interposée ($p < 0,05$)
ET = erreur type
Note : En raison de données manquantes, il se peut que les détails ne correspondent pas au total.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillissement en santé, 2008-2009.